

## GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

|  |                                   |  |                  |   |  |
|--|-----------------------------------|--|------------------|---|--|
| <b>1 - Registro ANS</b><br><b>ANS - nº 41279-1</b> | <b>3 - Nº Guia de Solicitação</b> | <b>4 - Data da Autorização</b><br>____/____/____ | <b>5 - Senha</b> | <b>6 - Data Validade da Senha</b><br>____/____/____ | <b>7 - Data de Emissão da Guia</b><br>____/____/____ |
|--|-----------------------------------|--|------------------|---|--|

|  |                  |   |
|--|------------------|---|
| <b>Dados do Beneficiário</b>           |                  |   |
| <b>8 - Número da Carteira</b><br>_____ | <b>9 - Plano</b> | <b>10 - Validade da Carteira</b><br>____/____/____      |
| <b>11 - Nome</b><br>_____              |                  | <b>12 - Número do Cartão Nacional de Saúde</b><br>_____ |

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| <b>Dados do Contratado Executante</b>           |   |                         |
| <b>13 - Código na Operadora / CNPJ</b><br>_____ | <b>14 - Nome do Contratado</b>                      | <b>15 - Código CNES</b> |
| <b>16 - T.L.</b>                                | <b>17-18-19 - Logradouro - Número - Complemento</b> | <b>20 - Município</b>   |
|   |   | <b>21 - UF</b>          |
|   |   | <b>22 - Cód. IBGE</b>   |
|   |   | <b>23 - CEP</b>         |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Dados da Internação</b>   |  |   |
| <b>24 - Caráter da Internação</b><br><input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência   | <b>25 - Tipo Acomodação Autorizada</b><br>_____  | <b>26 - Data/Hora da Internação</b><br>____/____/____ ____:____   |
| <b>27 - Data/Hora da Saída Internação</b><br>____/____/____ ____:____  | <b>28 - Tipo Internação</b><br><input type="checkbox"/> 1-Clinica <input type="checkbox"/> 2-Cirurgica <input type="checkbox"/> 3-Obstétrica <input type="checkbox"/> 4-Pediátrica <input type="checkbox"/> 5-Psiquiátrica | <b>29 - Regime de Internação</b><br><input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar |
| <b>30 - Internação Obstétrica - (selecione mais de um se necessário com "X")</b><br><input type="checkbox"/> -Em gestação <input type="checkbox"/> -Aborto <input type="checkbox"/> -Distúrbio materno relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> -Complic. Puerpério <input type="checkbox"/> -Atend. ao RN na sala de parto <input type="checkbox"/> -Complicação Neonatal <input type="checkbox"/> -Bx. Peso <2,5 Kg. <input type="checkbox"/> -Parto Cesáreo <input type="checkbox"/> -Parto Normal |  |   |
| <b>31 - Se óbito em mulher</b><br><input type="checkbox"/> 1- Grávida <input type="checkbox"/> 2 - até 42 dias após término gestação <input type="checkbox"/> 3 - de 43 dias a 12 meses após término gestação  |  | <b>32 - Se óbito neonatal</b><br><input type="checkbox"/> - Qtde. óbito neonatal precoce <input type="checkbox"/> - Qtde. óbito neonatal tardio               |
|  | <b>33 - Nº Decl. Nasc. Vivos</b>   | <b>34 - Qtde. Nasc. Vivos a Termo</b>   |
|  | <b>35 - Qtde. Nasc. Mortos</b>   | <b>36 - Qtde. Nasc. Vivos Prematuro</b>   |

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <b>Dados da Saída da Internação</b>   |  |   |
| <b>37 - CID 10 Principal</b><br>_____ | <b>38 - CID 10 (2)</b><br>_____  | <b>39 - CID 10 (3)</b><br>_____             |
| <b>40 - CID 10 (4)</b><br>_____       | <b>41 - Indicador de Acidente</b><br><input type="checkbox"/> 0-Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1-Trânsito <input type="checkbox"/> 2-Outros | <b>42 - Motivo Saída</b><br>_____           |
|                                       | <b>43 - CID 10 Óbito</b><br>_____  | <b>44 - Nº Declaração do Óbito</b><br>_____ |

| <b>Procedimentos e Exames Realizados</b> |                 |               |           |                           |              |          |        |         |                     |                         |                      |
|--|-----------------|---------------|-----------|---------------------------|--------------|----------|--------|---------|---------------------|-------------------------|----------------------|
| 45-Data                                  | 46-Hora Inicial | 47-Hora Final | 48-Tabela | 49-Código do Procedimento | 50-Descrição | 51-Qtde. | 52-Via | 53-Tec. | 54-% Red. / Acresc. | 55-Valor Unitário - R\$ | 56-Valor Total - R\$ |
| 1-____/____/____                         | ____:____       | ____:____     | _____     | _____                     | _____        | _____    | _____  | _____   | _____               | _____                   | _____                |
| 2-____/____/____                         | ____:____       | ____:____     | _____     | _____                     | _____        | _____    | _____  | _____   | _____               | _____                   | _____                |
| 3-____/____/____                         | ____:____       | ____:____     | _____     | _____                     | _____        | _____    | _____  | _____   | _____               | _____                   | _____                |
| 4-____/____/____                         | ____:____       | ____:____     | _____     | _____                     | _____        | _____    | _____  | _____   | _____               | _____                   | _____                |
| 5-____/____/____                         | ____:____       | ____:____     | _____     | _____                     | _____        | _____    | _____  | _____   | _____               | _____                   | _____                |

| <b>Identificação da Equipe</b> |             |                            |                         |                   |                    |       |        |
|--------------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|-------|--------|
| 57-Seq.Ref                     | 58-Gr.Part. | 59-Código na Operadora/CPF | 60-Nome do Profissional | 61-Conselho Prof. | 62-Número Conselho | 63-UF | 64-CPF |
| _____                          | _____       | _____                      | _____                   | _____             | _____              | _____ | _____  |
| _____                          | _____       | _____                      | _____                   | _____             | _____              | _____ | _____  |
| _____                          | _____       | _____                      | _____                   | _____             | _____              | _____ | _____  |
| _____                          | _____       | _____                      | _____                   | _____             | _____              | _____ | _____  |
| _____                          | _____       | _____                      | _____                   | _____             | _____              | _____ | _____  |

|   |  |  |   |  |   |   |                                      |
|---|--|--|---|--|---|---|--------------------------------------|
| <b>73 - Tipo Faturamento R\$</b><br><input type="checkbox"/> - Total <input type="checkbox"/> - Parcial | <b>74 - Total Procedimentos R\$</b><br>_____ | <b>75 - Total Diárias R\$</b><br>_____ | <b>76 - Total Taxas e Aluguéis R\$</b><br>_____ | <b>77 - Total Materiais R\$</b><br>_____ | <b>78 - Total Medicamentos R\$</b><br>_____ | <b>79 - Total Gases Medicinais R\$</b><br>_____ | <b>80 - Total Geral R\$</b><br>_____ |
|---|--|--|---|--|---|---|--------------------------------------|

|   |  |
|---|--|
| <b>82-Data e Assinatura do Contratado</b><br>____/____/____ | <b>83-Data e Assinatura do(s) Auditor(es) da Operadora</b><br>____/____/____ |
|---|--|

